

Tratamiento artroscópico de la compresión del nervio supraescapular por ganglión espinoglenoideo y Slap

AUTOR

Dr. Stumbo, Mario Daniel*

*Fundación J.J. Avanzi. Buenos Aires, Argentina

CORRESPONDENCIA

Dr. Stumbo Daniel
danielstumbo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La neuropraxia del nervio supraescapular por presencia de ganglión en la escotadura espinoglenoidea no es común. Está relacionada con sobreesfuerzos repetitivos de abducción y rotación externa y con anomalías anatómicas como la osificación del ligamento escapular transversal (1, 2 y 3). El compromiso aislado del nervio infraespinoso es aún más raro; y se debe a la compresión del ligamento espinoglenoideo inferior con atrofia de la fosa infraespinosa, asociado generalmente a lesión del manguito rotador o Slap.

La sintomatología es el dolor en la región supraescapular y disminución de la fuerza de los músculos rotadores externos (4).

Palabras claves: nervio supraescapular, ganglión, Slap, artroscopía.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 34 años, tenista recreacional, dominancia izquierda, consulta por dolor y disminución de la fuerza en abducción y rotación externa de su hombro hábil con hipotrofia muscular en región periescapular.

Se realiza ArthroRM donde se observa quiste sinovial en la región espinoglenoidea asociada a lesión de Slap tipo 2. Se solicita electromiograma que muestra "compromiso neurogenico crónico en territorio del infraespinoso".

TRATAMIENTO

Se realizó artroscopía de hombro en decúbito lateral, el quiste se drenó mediante aspiración y se reparó la lesión de Slap con anclajes de titanio de 2.9 mm (Fig.3). En el posquirúrgico inmediato se lo inmovilizó con cabestrillo por 3 semanas. El dolor desapareció luego de la intervención.

Luego de retirada la inmovilización se comenzó con

rehabilitación, a las 9 semanas el paciente tenía movilidad completa con recuperación de la fuerza en abducción y rotación externa. A las 18 semanas el paciente retomó su actividad deportiva sin dificultad. Se obtuvieron estudios con contraste (RM y TC) donde no se observó al quiste supraglenoideo (Fig.4 y 5).

DISCUSIÓN

La omalgia, motivo de consulta muy frecuente, tiene diversas etiologías: tendinopatías del manguito rotador, patología asociada al bíceps, inestabilidad y hernia de disco cervical como causas más frecuentes, sin embargo, es importante conocer que existen otros factores que pueden dar un hombro doloroso. Como es el caso de la neuropatía del nervio supraescapular que puede ser primaria o con mayor frecuencia secundaria a gangliones o a movilizaciones masivas del mango rotador.

Muchas de estas patologías son consecuencia de una cascada de acontecimientos que comienza con el desequilibrio muscular de la cintura escapular. Por eso se sugiere realizar ejercicios preventivos con fortalecimiento muscular periescapular y elongación de capsula posterior.

La atrofia muscular en la fosa supraespinosa y/o infraespinosa con debilidad en rotación externa y abducción son signos característicos del atrapamiento del nervio supraescapular en escotadura espinoglenoidea. Al igual que en el quiste parameniscal de la rodilla, el paralabral se debe a una lesión asociada (5 y 7).

CONCLUSIÓN

El tratamiento artroscópico (6) nos permite drenar el ganglión supraglenoideo y reparar las lesiones asociadas con menos morbilidad que la cirugía a cielo abierto (8, 9, 10 y 11). Siendo una de las indicaciones de reparación de la lesión de SLAP.

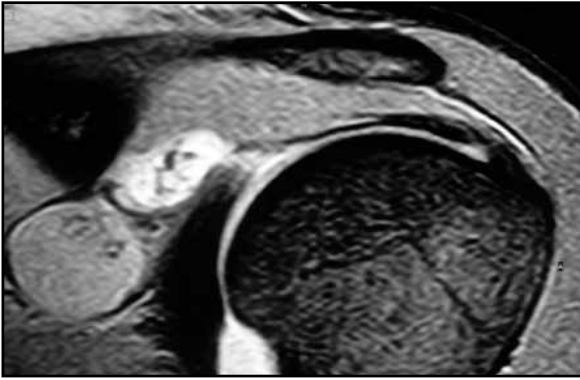


Fig.1: Vista coronal ArthroRM, se observa ganglion en fosa supraespinosa.



Fig.2: Vista axial ArthroRM, se observ ganglion en fosa supraespinosa.

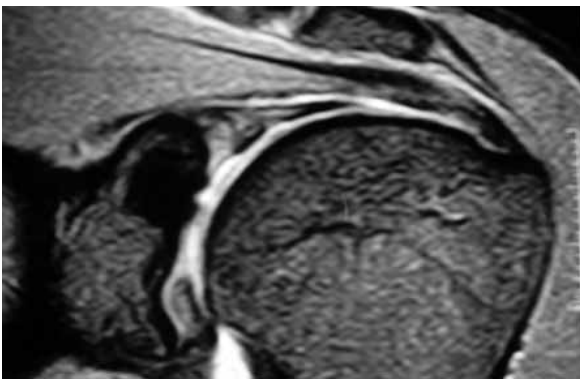


Fig.4: Vista coronal ArthroRM postquirurgica, no se observa pasaje de contraste a la fosa supraespinosa.

Fig.3: Reparación artroscópica Labrum superior.

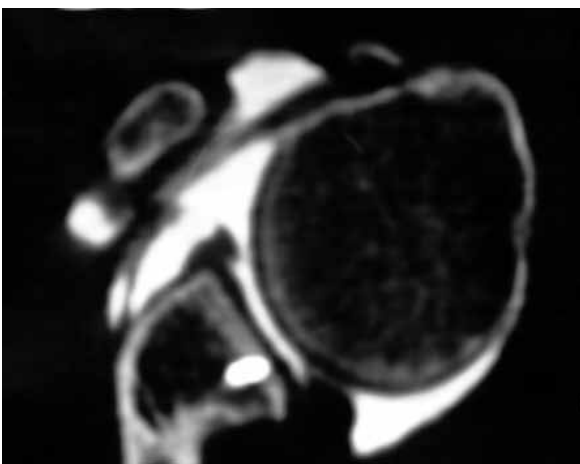
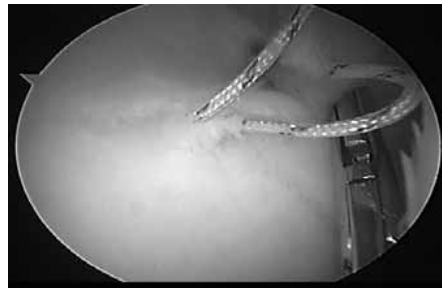


Fig.5: Vista axial ArthroTC postquirurgica, no se observa pasaje de contraste a la fosa supraespinosa.

Bibliografía

- 1-Rask MR. Supraescapular nerve entrapment: a report of two cases: Treatment with supraescapular notch resection. *Linic Orthop* 1977; 123:73-75.
- 2-Ganzhorn R, Hocker JT, Horowitz M, Switzer HE. Supraesapular nerve entrapment: A case report. *J Bone Joint Surg. (Am)*. 1981; 63-A: 492-4.
- 3-Ferretti A, Guglielmo C, Russo G. Supraescapular neuropathy in volleyball players. *J Bone Joint Surg. (Am)*. 1987; 69-A: 260-3.
- 4- Takagishi K, Saitoh A, Tonegawa M, Ikeda T, Itoman M. Isolated paralysis of the infraspinatus muscle. *J Bone Joint Surg. (Br)* 1994; 76-B:584-7.
- 5-Chochole MH, Senker W, Meznik C, Breitenseher MJ. Glenoid labral cyst entrapping the suprascapular nerve: Dissolution after arthroscopic debridement of an extended SLAP lesion. *Arthroscopy* 1997; 13:753-5.
- 6-Lafosse L, Tomasi A, Corbertt S, Baier G, Wilems K, Gobozi R. Arthroscopic release of suprascapular nerve entrapment at the suprascapular notch. Technique and preliminary results. *Arthroscopy* 2007; 23:34-42.
- 7- Westerheide KJ, Dopirak RM, karzel RP, Snyder SJ. Suprascapular nerve palsy secondary to spinoglenoid cysts: results of arthroscopic treatment. *Arthroscopy* 2006; 22:721-7.
- 8- Chen AL, Ong BC, Rose DJ. Arthroscopic management of spinoglenoid cysts associated with SLAP lesions and suprascapular neuropathy. *Arthroscopy* 2003; 9:15-21.
- 9- Iannotti JP, Ramsey ML. Arthroscopic decompression of a ganglion cyst causing suprascapular nerve compression. *Arthroscopy* 1996; 12:739-45.
- 10- Lichtenberg S, Magosch P, Habermeyer P. Compression of the suprascapular nerve by a ganglion cyst of the spinoglenoid notch: the arthroscopic solution. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2004; 12:72-9.
- 11- Barber FA. Percutaneous arthroscopic release of the suprascapular nerve. *Arthroscopy*. 2008; 24(2):236.1-4.